

Réservé Laboratoire Eurofins Biomnis
Etiquette code-barre

Facturation laboratoire
 Facturation tiers payant

Date de prescription :

____/____/____

PATIENTE

Nom* :

Nom de naissance* :

Prénom* :

Date de naissance* : ____/____/____

Adresse* :

.....

CP* : ____ Ville* :

Tél.* : ____/____/____

Email* :

PRESCRIPTEUR

N° RPPS* :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : ____

Ville :

Tél. : ____/____/____

Fax : ____/____/____

Email :

Signature :

Cachet
du prescripteur

Affiliation sécurité sociale et adhésion mutuelle de la patiente

N° Sécurité Sociale* : ____ Organisme payeur* :

Régime* : ____ Centre* : ____ N° Adhérent et coordonnées Mutuelle* :

.....

Joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale et la carte mutuelle, accompagnées de l'ordonnance.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES

Date de début de grossesse : ____/____/____

Nombre d'embryons évolutifs :

Jumeau évanescent : OUI NON

Nuque supérieure ou égale à 3,5mm à l'échographie du premier trimestre :

OUI NON

Si présence de signes d'appel échographiques, *préciser* :

PRESCRIPTION

Dépistage sur ADN foetal libre circulant dans le sang maternel :

De la trisomie 21. Ce test portera également sur le dépistage des trisomies 13 et 18

De la trisomie 21, des trisomies 13 et 18, et d'autres anomalies chromosomiques fœtales ou placentaires (aneuploïdies des autosomes 2, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 22 et déséquilibres supérieurs à 7 mégabases)

RAISON DE LA PRESCRIPTION DU TEST ADNlc

Dépistage par les marqueurs sériques maternels : 1^{er} trimestre 2^{ème} trimestre

Risque : 1/..... *Si le risque est $\geq 1/50$ la réalisation d'un caryotype foetal d'emblée doit être proposée.*

Un examen de dépistage ADNlcT21 pourra cependant être réalisé selon le choix éclairé de la femme enceinte.

Grossesse gémellaire

Antécédent de grossesse avec trisomie 21

Parent porteur d'une translocation robertsonienne impliquant le chromosome 21

1^{er} prélèvement (ADNlc) non informatif N° dossier Eurofins Biomnis (*sinon joindre le compte-rendu*) :

Souhait parental

Dépistage primaire

Age maternel > 38 ans pour les patientes n'ayant pas pu bénéficier du dépistage par les marqueurs sériques

Couple dont l'un des membres est porteur d'une translocation robertsonienne impliquant un chromosome 13

Antécédent de grossesse avec aneuploïdie autre que la trisomie 21

Profil atypique des marqueurs sériques maternels

Autres :

Important

Ce test doit être prescrit **APRÈS** la réalisation de l'échographie du 1T. Il ne doit pas être proposé en présence d'une hyper clarté nucale $\geq 3,5$ mm ou d'une autre anomalie échographique (**nous contacter en cas de signes mineurs**).

Prrière de transmettre obligatoirement les documents suivants avec le prélèvement au laboratoire Eurofins Biomnis :

Cette prescription médicale dûment renseignée et signée

Une copie du compte-rendu du résultat des marqueurs sériques

Le compte-rendu de l'échographie du 1^{er} trimestre ou à défaut ultérieur au 1^{er} trimestre

L'attestation spécifique d'information et consentement éclairé, cosignée par la patiente et le prescripteur

Pour les analyses non remboursées (NR) : joindre le consentement à la réalisation d'acte NR (réf. D45 sur www.eurofins-biomnis.com)

LABORATOIRE

Prélèvement réalisé le : ____/____/____ à ____ h ____ min

Ce test nécessite un matériel de prélèvement spécifique (Tube Streck, kit K39)

Nous mettons à votre disposition un kit de prélèvement dédié disponible sur la boutique en ligne Eurofins Biomnis Connect

> Commande en ligne > Kit de prélèvement à l'unité > Référence K39.